

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

JOSÉ LUIZ VIEIRA FRANCO

**SEGUIMENTO DE RESULTADOS ALTERADOS DE
PAPANICOLAOU NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA
CIDADE DE SÃO PAULO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA A
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
MESTRE EM ODONTOLOGIA
EM SAÚDE COLETIVA.**

ORIENTADOR: PROFA. DRA. GLAÚCIA MARIA BOVI AMBROSANO

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO
JOSÉ LUIZ VIEIRA FRANCO E ORIENTADO PELA PROFA. DRA. GLAÚCIA MARIA BOVI AMBROSANO**

Assinatura do Orientador

PIRACICABA, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARILENE GIRELLO – CRB8/6159 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

F848s Franco, José Luiz Vieira, 1958-
Seguimento de resultados alterados de papanicolaou nas
Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo / José Luiz
Vieira Franco. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2011.

Orientador: Gláucia Maria Bovi Ambrosano.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Prevenção de câncer de colo uterino. 2. Saúde da mulher.
3. Neoplasias intra-epitelial cervical. I. Ambrosano, Gláucia Maria
Bovi. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Tracking results in altered papanicolaou Basic Health Units of
the city of Saint Paul

Palavras-chave em Inglês:

Cervix neoplasms prevention

Women's health

Cervical intraepithelial neoplasia

Área de concentração:

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gláucia Maria Bovi Ambrosano [Orientador]

Vinicius de Lima Vazquez

Karine Laura Cortellazzi

Data da defesa: 07-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 07 de Julho de 2011, considerou o candidato JOSÉ LUIZ VIEIRA FRANCO aprovado.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "G. Ambrosano".

Profa. Dra. GLAUCIA MARIA BOVI AMBROSANO

A long, flowing handwritten signature in blue ink, appearing to read "Vinicius de Lima Vazquez".

Prof. Dr. VINICIUS DE LIMA VAZQUEZ

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Karine Laura Cortellazzi".

Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI

*Dedico esta dissertação a minha esposa Eliane,
meus filhos Danilo, Debora e Denise.
Que em nenhum momento mediram esforços para
a realização dos meus sonhos, que me apoiaram
e toleraram minhas ausências neste período.
Muito Obrigado!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Estadual de Campinas, na pessoa do seu Reitor, Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa, onde tive a oportunidade de dar um importante rumo ao crescimento científico e profissional.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do seu Diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Junior, ao Departamento de Odontologia Preventiva e Saúde Pública na pessoa do Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, que nos proporcionou um período de crescimento sem par, que ficará válido eternamente em nossa vida pessoal e profissional.

À Profa. Dra. Glaucia Maria Bovi Ambrosano, que prestou preciosas informações para a realização deste trabalho.

A todos os funcionários de nossas Unidades, pelo empenho em ajudar a que este trabalho se concretizasse, apesar de toda carga que já comportam no dia a dia.

A todos os Professores que estiveram conosco neste período, mais que Mestres foram e serão para sempre amigos.

Agradeço especialmente a amiga Marina Rodrigues Otero pelo incentivo a conclusão deste trabalho e aos colegas de curso, que muito nos incentivaram e participaram desta criação quase que coletiva.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática.”

Paulo Freire

RESUMO

Dentre todos os tipos, o câncer de colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente. Neste trabalho avaliou-se a proporção de mulheres com resultados alterados nas Unidades da Região da Supervisão de Saúde da Penha (20 unidades) que fazem o acompanhamento preconizado pelo Ministério da Saúde e a proporção de Unidades com fluxos de acompanhamento corretos e como as unidades estão fazendo o acompanhamento destes exames alterados. Utilizou-se para isto a verificação da existência dos livros de registro de exames, seu preenchimento correto, e a coleta de dados de tempo e resultados destes exames. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, tabelas de distribuição de frequências e análise de correlação de Spearman. Verificou-se que na amostra avaliada os indivíduos apresentaram em média 32 anos (Intervalo de confiança de 95%), maior prevalência de NIC (Neoplasia Intra Epitelial) I (79,3%) e o tempo entre coleta de exame e diagnóstico final de 91 a 123 dias. Encontraram-se apenas nove unidades em conformidade com Protocolos de Seguimento do Ministério da Saúde. Concluiu-se que a implantação de protocolos é fator preponderante para um melhor seguimento dos exames alterados de Papanicolaou.

Palavras-Chaves: Prevenção de câncer de colo uterino, Colo uterino - Câncer, Saúde da mulher, Papanicolaou, Neoplasias intra-epitelial cervical.

ABSTRACT

Among all the cancer of the cervix is the one that presents the highest potential for prevention and cure, reaching close to 100% when diagnosed early. This study evaluated the proportion of women with abnormal results of the Units of the Region's health Penha Supervision (20 units) that are having follow-up recommended by the Ministry of Health and the proportion of units with proper monitoring flows and how the units are following up of abnormal tests. It was used for this verification of the existence of the records of examinations, your correct completion, and data collection time and results of these tests. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency distribution tables and Spearman correlation analysis. It was found that individuals in the sample had an average of 32 years (confidence interval 95%), higher prevalence of NIC (Cervical Intraepithelial Neoplasms) I (79.3%) and the time between collection and examination of final diagnosis 91 and 123 days. We found only nine units in accordance with follow-up protocols of the Ministry of Health concluded that the implementation of protocols is an important factor for better tracking of abnormal results of Papanicolaou.

Key Words: Cervix neoplasms prevention, Cervix neoplasms, Women's health, Vaginal smears, Cervical intraepithelial neoplasms.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASCUS	Atipias celulares de significado indeterminado.
CDC	Centers for Disease Control.
CEINFO	Coordenação de Informação e Epidemiologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COMPREV	Comitê de Oncologia Preventiva
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DST	Doença Sexualmente Transmissível.
EUA	Estados Unidos da América
FDA	Food and Drug Administration
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
HPV	Papilomavírus Humano
HSIL	Lesão de alto grau em células
IARC	International Agency for Research on Cancer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intra-epitelial Cervical
NIC I	Neoplasia intra-epitelial grau 1
NIC II	Neoplasia intra-epitelial grau 2
NIC III	Neoplasia intra-epitelial grau 3
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMSP	Prefeitura do Município de São Paulo
PNCCCU	Programa de Combate ao Câncer de colo de Útero
SIGA	Sistema de Gestão Ambulatorial
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISPACTO	Sistema de Informação do Pacto pela Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	6
3 PROPOSIÇÃO	11
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	12
4.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	12
4.2 ÁREA DO ESTUDO	12
4.3 COLETA DE DADOS.....	12
4.4 ANÁLISE DOS DADOS:	13
5 RESULTADOS:	14
6 DISCUSSÃO:.....	20
7 CONCLUSÃO:.....	24
REFERÊNCIAS	25
ANEXO	33

1 INTRODUÇÃO

O controle do câncer no Brasil é um dos grandes desafios enfrentados pelo atual modelo de assistência. Entre as mulheres, o câncer de mama e o de colo de útero são os dois tipos de câncer mais comuns. Este último vem apresentando aumento considerável na taxa de mortalidade: em 1979, era 3,44 por 100 mil e em 2002 atingiu 4,61 por 100 mil mulheres, com elevação de 34% em relação à taxa de 1979. Já a taxa de mortalidade por câncer de mama, entre 1979 e 2002 passou de 5,77 para 10,15 por 100 mil, o que representa uma elevação de 76% nas últimas décadas (Pinho, 2005).

Dentre todos os tipos, o câncer do colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente. Seu pico de incidência situa-se entre 40 e 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos (Cleidiane, 2007).

O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão pré-invasiva, curável em até 100% dos casos, que geralmente progride lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, quando não, impossível. A abordagem mais efetiva para o controle desta patologia continua sendo o rastreamento por meio do exame preventivo de Papanicolaou (Martins, 2006).

Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países do mundo a introduzir o exame Papanicolaou para detecção precoce do câncer do colo do útero, a doença continua a ser um problema de saúde pública. Isto porque apenas 30% das mulheres submetem-se ao exame citopatológico pelo menos três vezes na vida, o que resulta um diagnóstico já na fase avançada em 70% dos casos (Nair, 2008).

A prevenção primária desta patologia se dá pela realização de sexo seguro, a fim de evitar o contágio com o HPV (human papiloma virus), que é o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. A prevenção secundária, que resulta na detecção precoce da doença, é feita através da realização do exame Papanicolaou, que pode ser feito nos postos de saúde. A prevenção terciária emprega grande parte dos recursos financeiros disponíveis, tendo como tratamento das neoplasias malignas três possibilidades – cirurgia, quimioterapia e radioterapia. A cirurgia objetiva remover o tumor, a quimioterapia é a administração de medicamentos (quimioterápicos) e a radioterapia é a aplicação de

radiação; sendo que ambos têm por objetivo diminuir a chance de aparecerem novas células doentes. Existem, ainda, situações em que se podem administrar hormônios (hormonioterapia) (Nair, 2008).

Há casos em que estes procedimentos podem ser realizados previamente à remoção cirúrgica do tumor, seja para diminuí-lo, seja porque não é possível no momento removê-lo. São procedimentos complexos e que requerem serviços especializados, sendo internacionalmente recomendado que aconteçam do começo ao fim, na mesma unidade de saúde. Isto também se aplica aos chamados cuidados paliativos, que são dispensados aos doentes que não têm mais possibilidade de cura, visando aliviar o sofrimento até a morte (Grupo Gestor de Oncologia- Noções Básicas, 2009).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), após consenso sobre as políticas e planos de ação contra o câncer no Brasil, recomenda que a mulher que tem ou já teve vida sexual ativa deve realizar exame preventivo periódico, principalmente na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade. Esse exame deve ser realizado anualmente e, caso dois exames seguidos (em um intervalo de um ano) revelarem resultado normal, ele pode passar a ser feito a cada três anos (INCA 2008).

Durante todo o tempo de tratamento, a paciente deverá fazer vários exames para avaliar a eficácia dos procedimentos adotados, bem como para acompanhamento de seu estado geral de saúde. Grande parte dos procedimentos terapêuticos é cara e requer equipamentos de alta tecnologia. Também é necessário contar com equipes especializadas, com psicólogo, físico, nutricionista, fisioterapeuta, além de vários especialistas médicos. Portanto, tratar de câncer é complexo e caro. Tão mais complexo e caro, quanto mais avançado o estado da doença (BRASIL, 2008).

A maioria dos tumores caracteriza-se por grande velocidade de crescimento, é lógico, então, concluir que quanto mais precoce o diagnóstico, quanto mais rápido o estabelecimento do estadiamento e o início do tratamento, melhores serão as chances de recuperação e menores os custos para os sistemas de saúde.

Quanto ao estágio do tumor no momento do diagnóstico, observa-se nos hospitais considerados referência para tratamento de câncer, que mais de 70% das mulheres, entre aquelas cujos prontuários registram o estágio, apresentam-se em fase

avançada da doença, o que limita, em muito, a possibilidade de cura (Miller, 1995).

A mais de uma década, estudos passaram a confirmar a presença do Papilomavírus humano em quase 100% dos casos de câncer cérvico-uterino, confirmando a associação deste vírus com a neoplasia (NICOLAU, 2003).

A prevenção do câncer cérvico-uterino através do teste de Papanicolaou para detecção precoce de lesões precursoras vem sendo a principal estratégia de combate desta neoplasia em programas de rastreamento. Mais recentemente, novas tecnologias de detecção precoce surgiram entre as quais se incluem a citologia em meio líquido e os testes para detecção do HPV por captura híbrida (CAETANO et al., 2008).

Desta forma, programas de diagnóstico precoce do câncer do colo do útero (screening) são considerados medidas de saúde pública para prevenção secundária e baseiam-se na teoria de que os casos de carcinoma invasivo são precedidos por uma série de lesões, as neoplasias intra-epiteliais cervicais, que podem ser detectadas e tratadas (Miller, 1995).

Têm-se como resultados esperados no exame de Papanicolaou as seguintes patologias: Atipias de Significado Indeterminado (células atípicas sem significado determinado podendo ser simples inflamação) e Atipias em Células Escamosas (efeito citopático compatível com human papiloma virus, NIC (Neoplasias Intra-epitelial Cervical) I (Displasia leve), NIC II (Displasia moderada), NIC III (Displasia acentuada/ Carcinoma in situ) e Carcinoma escamoso invasivo).

Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo também responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos comparado com os mais desenvolvidos. A incidência por câncer do colo do útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos (INCA-2005).

Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59 a 69%. Nos países em desenvolvimento os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é de cerca de 49% após

cinco anos. A média mundial estimada é de 49%(INCA, 2009).

Sabe-se hoje que para o surgimento do câncer do colo do útero a condição necessária é a presença de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV). Todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV. Destes, os tipos mais comuns são o HPV16 e o HPV18. Outros fatores que contribuem para a etiologia deste tumor são o tabagismo, baixa ingestão de vitaminas, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce e uso de contraceptivos orais (INCA, 2009).

Até a década de 90, o teste Papanicolaou convencional constituiu-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI) são apontados, em vários estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero. No Brasil, o exame citopatológico é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos (Ferreira & Nery, 2009).

É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer pode ser alcançada pelo rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "in situ". Para tanto é necessário garantir a organização, integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (Rosalba, 2009).

Recentemente, agências de regulamentação de medicamentos de vários países, como a Agência para regulamentação de medicamentos americana - Food and Drug Administration (FDA) /U.S., e brasileira - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aprovaram para comercialização a primeira vacina desenvolvida para a prevenção das infecções mais comuns que causam a condilomatose genital (HPV 6 e 11) e o câncer do colo do útero (HPV 16 e 18). A incorporação da vacina contra HPV, pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero (Vidal, 2008).

Um sistema de vigilância epidemiológica só se completa quando se cumprem as funções básicas de levantar informações que orientam os profissionais e serviços de saúde sobre as variáveis relevantes para o efetivo controle das doenças, agravos e problemas de saúde. Isso implica não apenas na implantação de mecanismos de coleta e análise de dados, mas também a divulgação das informações (PARANÁ, 2004).

Nas unidades de saúde, os livros de registros mostraram-se organizados, possibilitando sua utilização para a localização das usuárias. As informações registradas pelos serviços deveriam ser utilizadas para a análise da situação de saúde, definição de prioridades, reorientação das práticas, mas muitas vezes os sistemas de informações apresentam qualidade duvidosa, inacessíveis, não padronizados, e ainda de utilidade desconhecida pelos trabalhadores que as produzem rotineiramente. Isso dificulta os processos de avaliação. Como esses profissionais podem contribuir com a qualidade do registro de informação se não conhecem a sua finalidade?

Os profissionais das unidades devem ter conhecimentos sobre esses sistemas de informações, pois, a partir da sua compreensão, as informações poderão ser elaboradas de forma apropriada.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A eficácia e a efetividade dos programas de rastreamento no controle das morbimortalidades associadas ao câncer de colo uterino tem sido alvo de muitos estudos, com destaque para vários fatores, entre estes, a elevada cobertura da população de maior risco, a qualidade na coleta e interpretação do material, tratamento e seguimento adequados, o que é corroborado pelas afirmações dos autores abaixo:

Dentre as demandas que se apresentam para a rede de serviços, a atenção a patologias prevalentes e suscetíveis às ações de controle pode se constituir em um indicador de condições de acesso e de resolutividade dos serviços. O câncer cérvico-uterino representa uma dessas condições, pela sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade, constituindo-se rotineiramente em um problema de saúde objeto de intervenção dos programas de atenção à saúde da mulher (MS (Ministério da Saúde), 1984).

A forma de prevenção através do exame de Papanicolaou é bem conhecida (Campbell, 1995) e sua adequada cobertura nas mulheres mais vulneráveis à doença contribui para o diagnóstico de lesões precursoras do câncer cérvico-uterino, aumentando as possibilidades terapêuticas (Robles, 1996). O exame de Papanicolaou permite, ainda, identificar a presença do Papiloma Vírus Humano (HPV), considerado o principal fator de risco para a neoplasia de colo uterino (Muñoz & Bosch, 1996; Schiffman *et al.*, 1993; Walboomers *et al.*, 1999).

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, o principal fator de risco para a doença é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV que, no desenvolvimento da neoplasia intra-epitelial ou carcinoma invasor, se encontra em 90% a 95% dos carcinomas de células escamosas do colo uterino. Porém registra-se que mais de 60 tipos de HPV infectem os seres humanos, alguns associados a neoplasias das vias genitais inferiores, como os tipos 16, 18, 31, 33 e 45 que resultam na neoplasia intra-epitelial mais invasiva e em carcinomas (Andreoli & Cecil, 1994).

São três os tipos de Neoplasias Intra-epitelial Cervical – NIC (Richard, 1968):

- Neoplasia intra-epitelial cervical grau I - NIC I, ou displasia leve ocorre quando a polaridade e a regularidade da estratificação foram pouco alteradas, porém os

núcleos são de tamanho variado e hipercromáticos, podendo ser vistas mitoses frequentes, algumas vezes anormais no terço profundo do epitélio. A coilocitose, que é uma alteração sugestiva de HPV, pode ou não estar presente.

- Neoplasia intra-epitelial cervical grau II - NIC II, ou displasia moderada acomete o epitélio na metade ou nos três quartos mais profundos do epitélio.

- Neoplasia intra-epitelial grau III - NIC III, ou displasia acentuada ocorre quando há perda da polaridade em todas as camadas, células e núcleos de tamanhos variados, mitoses tetrapolares, aneuploidia, multinucleação e possui as características citopatológicas de um verdadeiro carcinoma, exceto a invasão do estroma conjuntivo.

Em geral, estima-se que a grande maioria das lesões de baixo grau regredirá espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos (Sawaya, 2001).

Por outro lado, o Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos (NCI, 2000) calcula que somente 10% dos casos de carcinoma *in situ* evoluirão para câncer invasor no primeiro ano, enquanto que 30% a 70% manifestar-se-ão no decorrer de 10 a 12 anos, caso não seja oferecido tratamento (NCI, 2000a).

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero). Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (INCA, 2010).

A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres (WHO, 2008).

Segundo os grupos de trabalho da Agência Internacional para Pesquisa sobre câncer (IARC), dois principais determinantes da eficácia dos programas de rastreamento em saúde pública devem ser considerados sendo estes, a elevada cobertura da população-alvo e a qualidade da análise total do processo, desde a escolha do teste de seleção até o acompanhamento dos casos positivos (IARC, 2004).

Uma das principais razões desse panorama no Brasil resulta do fato que,

durante muitos anos, a realização do exame preventivo (Papanicolaou), método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo que torna possível a detecção de lesões precursoras e de formas iniciais da doença, ocorreu fora do contexto de um programa organizado. Na rede de saúde, a maioria dos exames citopatológicos é realizada em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos postos para cuidados relativos à natalidade. Isto leva a subaproveitar-se a rede, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres da faixa etária de maior risco. Esse fato provavelmente tem contribuído para não se ter alcançado, nos últimos 15 anos, um impacto significativo sobre a mortalidade por esse tipo de câncer (MS/INCA, 2002).

Os programas de rastreamento têm efetividade plena na redução da mortalidade apenas se os exames citopatológicos são conhecidos e aceitos pela população, além de serem repetidos a intervalos apropriados para detectar a doença em estágios precoces. Muitos autores relatam que a detecção precoce do câncer do colo do útero depende da mais ampla cobertura possível da população (MS, COMPREV, 2002).

Esse indicador, definido como a proporção da população de risco que foi rastreada, é um dos aspectos importantes a serem avaliados no processo de rastreamento.

A captação da população-alvo é essencial para o início dessa detecção, consistindo-se na incorporação de todas as mulheres com vida sexual ativa no programa, de tal forma, que após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos um novo exame seja feito. A eficiência do rastreamento também depende do seguimento adequado do tratamento das mulheres que apresentam esfregaço anormal (Ministério da Saúde, 2002).

Esses aspectos também são abordados pelo recrutamento. O processo consiste, essencialmente, nos métodos para informar as mulheres sobre os motivos e os benefícios do tratamento; o objetivo, a eficácia do tratamento recomendado e o significado do resultado; e na organização da rede de serviços para aumentar a adesão das mulheres ao Programa, mantendo-se nele aquelas que precisam repetir a coleta ou que são encaminhadas a centros especializados.

É importante lembrar que cerca de 40% das mulheres que coletam a citopatologia de Papanicolaou não vão buscar o resultado do exame (Ministério da Saúde, 2009).

Após a primeira citopatologia, cada mulher terá uma estratégia de seguimento diferente. As com exame negativo para câncer devem repetir nova citopatologia após um ano. Permanecendo o mesmo resultado, elas devem ser orientadas para nova coleta em três anos. As mulheres com exames alterados deverão ser contatadas para a continuação de seu acompanhamento, na dependência do resultado da primeira citopatologia (INCA, 2007).

O protocolo tem por objetivo padronizar o atendimento, orientar a realização do mínimo a ser feito para garantia de boa qualidade, facilitando a informatização dos dados e possibilitando a realização de vigilância das situações de risco. A prioridade deve ser no sentido de diminuir a morbimortalidade da mulher por câncer de colo uterino (PORTO ALEGRE, 2004).

De acordo com Zeferino (2008) o aumento da realização do exame citopatológico pela população feminina não é suficiente para garantir que a mortalidade irá diminuir. Para o sucesso do programa de rastreamento é necessário que as mulheres examinadas recebam tratamento adequado. Segundo o autor, há evidências de que uma quantidade significativa de mulheres que são encaminhadas para avaliação colposcópica não chega a realizá-la, e que o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento. E descreve que o eficiente controle do câncer do colo uterino está diretamente relacionado com a qualidade do sistema de saúde, que além de identificar as mulheres que precisam fazer controles, deve garantir diagnóstico correto e tratamento preciso, além de acesso fácil e ágil aos serviços, flexibilidade para marcar e remarcar consultas e rapidez no atendimento (Rosalba, 2004).

As barreiras identificadas, relacionadas à organização dos serviços de saúde, são a baixa prioridade por parte do profissional de saúde no atendimento integral às mulheres; ausência de sensibilização do profissional e da Unidade de Saúde para a rotina dos exames; ausência de encaminhamento adequado das mulheres; falta de privacidade durante os exames; insuficiência de recursos para absorção da população-alvo; falta de humanização no atendimento; falhas na coleta, fixação, identificação e classificação da

anormalidade presente no esfregaço citopatológico; condução da investigação diagnóstica e tratamento da anormalidade inadequado e falta de organização da rede de serviços para absorver as mulheres que necessitam de exames complementares ou tratamento (Brasil, Ministério da Saúde, 2002d).

Manter livro de registros: é importante anotar todos os dados concernentes à sua identificação. Esse livro de registros permitirá a todo o momento localizar as mulheres, assim como saber os resultados dos exames citopatológicos realizados na Unidade Básica de Saúde.

Seguem sugestões dos dados que deverão constar no livro:

- a) Nome da paciente;
- b) Cartão SUS
- c) Etiqueta do exame
- d) Numero do Prontuário
- e) Data do ultimo exame
- f) Idade
- g) Endereço
- h) Nome da Mãe
- i) Telefone
- j) Data da Coleta
- k) Observação Clínica
- l) Resultado
- m) Data da Chegada do resultado
- n) Encaminhamento

O médico deverá avaliar todos os resultados. As pacientes sem alterações clínicas e com resultado de citologia negativo, não necessitam de retorno. Estes resultados poderão ser entregues em grupo, aproveitando-se este momento para atividades educativas em saúde da mulher, com profissional qualificado para esta atividade (Brasil, 2002a).

3 PROPOSIÇÃO

Verificar as condições de prevenção do câncer de colo de útero que estão efetivamente implementadas seguindo os protocolos do Ministério da Saúde nas Unidades da Supervisão Técnica de Saúde Penha.

Avaliar se as mulheres com resultados alterados estão tendo o acompanhamento preconizado pelo Ministério da Saúde e a proporção de Unidades com fluxos e instrumentos (livros de registros) de controle de acompanhamento corretos, bem como determinar o tempo entre a chegada do resultado e a seu efetivo diagnóstico.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo, conforme Resolução 196/96, do Ministério da Saúde, protocolo 412/09-CEP/SMS CAAE: 0140.0.162.000-09 (anexo I).

4.2 ÁREA DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Supervisão Técnica de Saúde Penha, da Coordenadoria de Saúde Sudeste, da cidade de São Paulo, composta por 20 unidades de saúde distribuídas em uma área de 41,4 Km com 475.000 habitantes sendo 221.000 mulheres e 254.000 homens, sendo ainda 185000 mulheres com idade entre 25 e 59 anos, principal faixa para controle de câncer de colo de útero. Esta área foi escolhida por ser a região onde trabalho na Coordenação de Informação e Epidemiologia (CEINFO).

4.3 COLETA DE DADOS

Segundo as planilhas de produção dadas pelo programa TABWIM (O aplicativo TABWIN é um tabulador de dados de uso geral, foi desenvolvido pelo DATASUS/MS, é usado localmente e permite aos profissionais da área da saúde a realização de tabulações rápidas a partir das bases de dados dos sistemas de informação do SUS.), nas unidades da Supervisão Penha em 2008, 2009 e 2010 foram realizados 75.077 exames de Papanicolaou.

As unidades têm como protocolo de controle de exames alterados, que anotar em livro próprio todos os exames realizados constando seus resultados.

Foram pesquisados os livros de registro de exames de Papanicolaou neste período, sendo que das 20 unidades apenas 15 permitiram a pesquisa, as 5 que não permitiram alegaram que estavam com dificuldades de envio do livro por estar em uso. Destas 15 unidades, 6 unidades tinham seus livros incompletos, sem os dados

recomendados pelo Ministério da Saúde para compor o Livro de Registro, ou estavam faltando livros, ou ainda estavam sem anotações necessárias para a pesquisa, restando apenas 9 unidades.

No presente trabalho calculou-se a cobertura de exames Papanicolaou na população feminina na idade recomendada pelo Ministério da Saúde (25 a 59 anos). Na tabela 1 a Unidade CR DST AIDS PENHA é uma unidade de referência, não tendo área de abrangência e a UBS CHÁCARA CRUZEIRO DO SUL é uma unidade nova, ainda não tendo os dados populacionais.

Inicialmente foi analisado o tempo decorrido da data da coleta até a chegada do resultado (Tempo 1), depois verificamos quanto tempo levou para que o exame fosse entregue a paciente em consulta (Tempo 2), outro tempo avaliado foi o tempo após esta consulta até a consulta de referência para exame de Colposcopia (tempo 3).

Estes tempos foram obtidos através do Sistema de Acompanhamento Ambulatorial (SIGA) implantado na Prefeitura de São Paulo para administrar toda a rede de serviços.

Após a realização da colposcopia, se necessário, a paciente era encaminhada para referências hospitalares. Para isso é necessário aguardar que a Regulação consiga vagas. Este tempo não foi possível checar pela impossibilidade de encontrar registros deste encaminhamento.

Sabendo que a evolução pode ser rápida, esse estudo verificou quanto tempo se passa entre a chegada de resultado positivo até a efetiva resolução do caso.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS:

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter descritivo, com a utilização de dados secundários. Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo, de Janeiro 2008 a Dezembro 2010.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, tabelas de distribuição de frequências e análise de correlação de Spearman.

5 RESULTADOS:

Na tabela 1 são apresentadas as Unidades Básicas que enviaram seus livros e quais estão corretos.

Tabela 1: Unidades que enviaram os livros de Controle de Exames e quais estavam em adequados.

UNIDADE	ENVIOU LIVRO	ADEQUADO
AMB ESPEC PE MANOEL DA NOBREGA	SIM	SIM
CR DST/AIDS PENHA	SIM	SIM
UBS AE CARVALHO	SIM	SIM
UBS/PSF ANTONIO PIRES F VILLA LOBO	SIM	NÃO
UBS CANGAIBA CARLOS GENTILE DE MELLO	NÃO	
UBS/PSF CHACARA CRUZEIRO DO SUL	SIM	SIM
UBS CIDADE PATRIARCA	SIM	SIM
UBS ENG GOULART JOSE PIRES	SIM	NÃO
UBS ENG TRINDADE	SIM	NÃO
UBS J NORDESTE	SIM	NÃO
UBS/PSF J SAO FRANCISCO	NÃO	
UBS/PSF J SAO NICOLAU	SIM	SIM
UBS PE JOSE DE ANCHIETA	NÃO	
UBS PQ ARTHUR ALVIM	SIM	SIM
UBS V ARICANDUVA	SIM	SIM
UBS V ESPERANCA-CASSIO BITTENCOURT FILHO	NÃO	
UBS V ESPERANCA-EMILIO SANTIAGO OLIVEIRA	SIM	NÃO
UBS V GRANADA-ALFREDO FERREIRA PAULINO	NÃO	
UBS/PSF V GUILHERMINA	SIM	NÃO
UBS V MATILDE	SIM	SIM

Pela tabela 1 pode-se observar que das 20 unidades da Supervisão da Penha, apenas 15 (75%) enviaram seus livros de controle de Papanicolaou. Dessas, somente 9 (45%) estavam em condições de serem incluídas no estudo, por conterem os dados requeridos da paciente e do resultado.

Na tabela 2 é apresentada a população das unidades, o numero de exames colhidos e o coeficiente de cobertura de exames de papanicolaou de cada unidade. Este coeficiente é calculado dividindo o total de exames colhidos na faixa etária de 25 a 59 anos, pela população da área de abrangência da Unidade.

Tabela 2: População, quantidade de exames coletados na faixa etária e Coeficiente de Cobertura nos anos de 2008, 2009 e 2010. (TABWIN)

UNIDADES	EXAMES	COEFICIENTE COBERTURA	EXAMES	COEFICIENTE COBERTURA	EXAMES	COEFICIENTE COBERTURA
	2008	2008	2009	2009	2010	2010
AMB ESPEC PE MANOEL DA NOBREGA	2.192	0,25	2007	0,23	2040	0,23
CR DST/AIDS PENHA	219	*	276	*	285	*
UBS AE CARVALHO	1.317	0,22	1227	0,20	1164	0,19
UBS ANTONIO PIRES F VILLA LOBO	1.908	0,14	2194	0,16	2149	0,16
UBS CANGAIBA CARLOS GENTILE DE MELLO	989	0,05	1428	0,07	1139	0,06
UBS CHACARA CRUZEIRO DO SUL	0	**	128	**	466	**
UBS CIDADE PATRIARCA	1.357	0,23	1472	0,25	1532	0,26
UBS ENG GOULART JOSE PIRES	1.943	0,54	2614	0,72	2394	0,66
UBS ENG TRINDADE	1.019	0,17	1642	0,27	1301	0,22
UBS J NORDESTE	1.441	0,26	1815	0,32	1423	0,25
UBS J SAO FRANCISCO	729	0,11	825	0,12	805	0,12
UBS J SAO NICOLAU	699	0,35	597	0,30	831	0,41
UBS PE JOSE DE ANCHIETA	1.017	0,43	1033	0,44	1104	0,47
UBS PQ ARTHUR ALVIM	1.571	0,30	3051	0,58	1677	0,32
UBS V ARICANDUVA	944	0,14	892	0,13	1033	0,15
UBS V ESPERANCA-CASSIO BITTENCOURT FILHO	439	0,07	693	0,11	1162	0,18
UBS V ESPERANCA-EMILIO SANTIAGO OLIVEIRA	1.007	0,12	1275	0,15	1189	0,14
UBS V GRANADA-ALFREDO FERREIRA PAULINO	1.421	0,39	1456	0,40	1170	0,32
UBS V GUILHERMINA	851	0,07	877	0,07	657	0,06
UBS V MATILDE	1.354	0,23	1091	0,19	1422	0,24
	23.519	0,18	26615	0,21	24943	0,19

*Unidade de referencia sem área de abrangência.

**Unidade nova sem área total ainda.

Observa-se nessa tabela o número de exames colhidos nas mulheres de 25 a 59 anos de cada unidade. Com estas informações calculou-se o coeficiente de cobertura de exames de Papanicolaou de cada unidade, nos seguintes anos, 2008, 2009 e 2010. Utilizando os dados da Tabela 2 calculamos o índice de cobertura de cada unidade de saúde. Este coeficiente é calculado dividindo o total de exames colhidos na faixa etária de 25 a 59 anos, pela população da área de abrangência da Unidade. Nota-se que o Coeficiente de Cobertura Total variou de 0,18 (2008) a 0,21(2009), o valor preconizado pelo Sispacto é

de 0,20, portanto em 2008 estávamos abaixo do índice, ultrapassando em 2009 e novamente caindo em 2010.

Mostra algumas unidades que mantêm seu baixo índice de cobertura nos 3 anos pesquisados (Cangaíba e Guilhermina) enquanto outras tem um índice alto em todos estes anos (José Pires, Anchieta e Granada).

Na tabela 3 são apresentadas todas as variáveis analisadas.

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis analisadas (idade, tempo de coleta, consulta e consulta médica e o tempo total)

Variáveis	Média	Desvio padrão	Intervalo de confiança 95%
Idade (anos)	32,3	12,9	30,8-33,7
Tempo entre coleta e chegada do resultado (dias)	34,3	9,9	32,9-35,3
Tempo entre a chegada do resultado e consulta (dias)	6,4	4,2	5,9-6,9
Tempo entre a consulta com médico e realização do exame (dias)	64,4	20,3	62,1-66,7
Tempo total da coleta até o exame (dias)	105	23,6	102,3-107,6

Na tabela 3 observa-se que a idade média dos indivíduos ficou em 32,3 anos (IC = 30,8 - 33,7). O tempo entre a coleta e chegada do resultado esta na média de 34,3 dias (IC95%=32,9 - 35,3). O tempo entre chegada do resultado e consulta ficou em 6,4 dias na média, (IC95%=5,9 - 6,9). O tempo entre consulta e realização do exame com media de 64,4 dias, (IC95%= 62,1 - 66,7). O tempo total da coleta ate o exame foi em média de 105 dias, (IC95%=102,3 - 107,6).

Na tabela 4 são apresentadas as frequências de resultados dos exames em função do resultado do exame.

Tabela 4. Tabela de distribuição de frequências dos resultados dos exames

Resultado	Frequência	Porcentagem
NIC I	238	79,30%
NIC II	12	4,00%
NIC III	8	2,70%
NIC I II	4	1,30%
NIC I III	3	1,00%
NIC II III	34	11,30%
CARCINOMA	1	0,30%

Observa-se que dos 300 exames compilados, 238 (79,3%) foram NIC I, 34 (11,3%) foram NIC II III e 12 (4%) NIC II e sendo apenas 1 (0,30%) Carcinoma.

Na tabela 5 são apresentadas as médias e desvios padrão das idades e tempos entre as consultas e tempo total em função do resultado do exame.

Tabela 5. Média (desvio padrão) das variáveis em função do resultado do exame

Resultado (frequência)	Idade (anos)	Tempo 1 (dias)	Tempo 2 (dias)	Tempo 3 (dias)	Tempo total (dias)
NIC I (n=238)	32,0 (13,3)	34,7 (13,3)	6,7 (4,3)	64,9 (20,7)	106,1 (23,8)
NIC II (n=12)	29,2 (9,6)	40,8 (11,0)	7,8 (5,1)	75,0 (12,5)	123,6 (18,4)
NIC III (n=8)	40,5 (14,0)	30,5 (10,0)	7,1 (3,8)	78,0 (11,2)	115,6 (12,6)
NIC I II (n=4)	24,5 (4,2)	29,8 (6,4)	6,8 (6,2)	52,0 (15,0)	88,5 (15,6)
NIC I III (n=3)	43,7 (4,6)	28,3 (2,9)	5,0 (1,7)	58,7 (13,3)	92,0 (12,1)
NIC II III (n=34)	33,4 (11,5)	31,0 (4,4)	4,2 (2,9)	55,9 (18,6)	91,1 (19,6)
Carcinoma (n=1)	30,0 (-)	41,0 (-)	2,0 (-)	55,0 (-)	98,0 (-)

Tempo 1: tempo entre coleta e chegada do resultado; Tempo 2: tempo entre a chegada do resultado e consulta (dias); Tempo 3: tempo entre a consulta com médico e realização do exame (dias); Tempo total: tempo total da coleta até o exame (dias).

De acordo com a tabela 5, a idade média da amostra com o resultado NIC I foi de 32,0 anos, com um tempo de chegada médio de 34,7 dias, tempo para consulta de 6,7 dias e tempo para exame de 64,9 dias, tendo um tempo total médio de 106,1 dias. A idade média para NIC II III foi de 33,4 anos, com um tempo de chegada médio de 31 dias, tempo para consulta de 42,0 dias e tempo para exame de 55,9 dias, com tempo total de 91,1 dias. A média de idade da amostra com resultado NIC II foi de 29,2 anos, com um tempo de chegada de exame de 40,8 dias, tempo médio para consulta de 7,8 dias e tempo para exame de 75,0 dias com tempo total de 123,6 dias.

Pela análise de Spearman nesta tabela verificamos que não houve uma correlação significativa entre a gravidade do resultado e o tempo entre etapas.

6 DISCUSSÃO:

De acordo com Amorim, (2006); Brenna, (2001); Domingos, (2007); Greenwood, (2006) e Zeferino, (1999) a efetividade no controle do câncer de colo do útero depende de elevados índices de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas.

Durante esta pesquisa ficou claro a não utilização de ferramentas, colocadas nas unidades pela PMSP (Prefeitura do Município de São Paulo), como o Sistema SIGA (Sistema de Gestão Ambulatorial), o livro de registro de exames realizados e o livro de controle de resultados alterados.

Apesar de desde 2004 a Supervisão Técnica de Saúde Penha estar colocando a coleta de Papanicolaou como Meta Anual de trabalho, algumas unidades deixam o controle e acompanhamento para um segundo plano sob a alegação de falta de Recursos Humanos.

Com o uso do sistema SIGA seria possível o controle sobre informações das pacientes necessários para o acompanhamento, mas somente em 2011(sistema implantado em 2006) houve um maior entendimento da necessidade destes registros.

Quanto ao tempo entre exame e consultas, verificou-se que está dentro de um prazo considerado normal, baseado em verificações de demanda e disponibilidade de oferta de consulta no Sistema SIGA, apesar de que 123,6 dias entre coleta e definição do caso ser um tempo alto.

O Ministério da Saúde sugere que devem constar do livro de registro os seguintes dados: nome da paciente, com apelido quando houver; idade; endereço completo e ponto de referência; nome da mãe; número do telefone quando possível; data da coleta do material para o exame; resultado do exame; data agendada para retorno; e encaminhamento a Unidade de Referência, se necessário (Brasil, Ministério da Saúde, 2006a).

Thuler *et al.*(2007) descrevem o exame citopatológico do colo uterino como o método de rastreamento mais bem-sucedido na história da medicina. Para os autores sua efetividade depende de uma seqüência de eventos, ressaltando a importância de todas as etapas envolvidas, desde a captação das mulheres, a coleta do material para o exame, o transporte e processamento das lâminas, a identificação das lesões, a entrega dos resultados, o tratamento e seguimento das mulheres com exames alterados, onde estas devem acontecer

de forma sincronizada e com a máxima qualidade. E advertem que qualquer falha neste processo pode comprometer o impacto do rastreamento.

O exame preventivo realizado para alcançar maiores coberturas, desconsiderando-se as mulheres da faixa etária de risco, e abstraindo-se da busca ativa das mulheres que nunca colheram material para exame citológico e priorizando mulheres que comparecem à UBS para outras finalidades é capaz de impedir o impacto sobre a mortalidade por câncer de colo uterino.

Ribeiro (2004), em um estudo retrospectivo, avaliando a prevenção do câncer de colo uterino em uma área do Programa de Saúde da Família em Ribeirão Preto/SP, realizou um levantamento de prontuários, considerando o período de julho de 2001 a julho de 2003, tendo como o público alvo 681 mulheres que tinham pelo menos 20 anos de idade e que fossem sexualmente ativas. Observou-se associação entre a realização da coleta do exame e pertencer à faixa etária mais jovem. O grupo de mulheres dos 20 aos 34 anos foi o que apresentou a melhor cobertura (48,9%) e o de 50 a 64, a pior (19,4%).

Pelos dados coletados neste estudo, a cobertura de exames está dentro da faixa preconizada nos Protocolos do Ministério da Saúde, como também os tempos entre consultas estão dentro do que o Sistema hoje é capaz de fornecer.

Deve-se pensar que não apenas a realização de mais exames nas faixas de idade recomendadas seria a solução para diminuição da mortalidade por esta patologia, mas o que deve ser feito após o resultado alterado é determinante no sucesso, pois enquanto se aumenta a coleta para prevenir casos mais avançados, aumenta-se também a descoberta de resultados alterados.

De acordo com Zeferino (2008) o aumento da realização do exame citopatológico pela população feminina não é suficiente para garantir que a mortalidade irá diminuir. Para o sucesso do programa de rastreamento é necessário que as mulheres examinadas recebam tratamento adequado. Segundo o autor, há evidências de que uma quantidade significativa de mulheres que são encaminhadas para avaliação colposcópica não chega a realizá-la, e que o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento. Decorrente disto, a Supervisão Técnica de Saúde Penha tem por obrigação agir, pois o problema já está instalado e basta que todo o sistema entenda que

depois de instalado o problema, o fator crucial é a rapidez na solução.

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde para se obter redução na mortalidade por câncer do colo do útero, recomenda-se que os programas de detecção precoce estejam associados a taxas de cobertura de 80% da população-alvo (OPAS, 1989). Estima-se que esta cobertura esteja associada a uma diminuição da mortalidade por esta doença em torno de 50% (INCA, 2002c).

Portanto, além de maior cobertura de exames, deve-se agir para dar soluções dos casos alterados, pois quanto mais exames, maior probabilidade de mais resultados alterados e cada vez mais a capacidade de reação está comprometida e engessada.

A solução para melhorar este acompanhamento, passa pelo entendimento de que não basta aumentar números, mas sim dar solução ao que for encontrado, pois a partir do diagnóstico tem-se que dar soluções práticas e rápidas a todas as demandas.

Os dados deste estudo sugerem a necessidade de reorganização das ações de controle do câncer do colo do útero na Supervisão Técnica de Saúde Pública, no sentido do aumento da cobertura, da busca ativa da população que sofre mais risco e da realização de seguimento nos casos alterados, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Deve-se, também, considerar a relação de interdependência entre as ações de promoção da saúde para a prevenção desta neoplasia, destacando-se aí a necessidade do controle, em nível local, das coletas realizadas, seguimento das mulheres examinadas e adequação das estratégias de sensibilização das mulheres para a realização do exame de Papanicolaou.

As afirmações dos grupos de trabalho da Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer corroboram com as condutas do Programa de Combate ao Câncer de colo do Útero (PCCCU) do Brasil quando descrevem que programas organizados não devem incluir mulheres com idades inferiores a 25 anos, justificando haver uma vantagem mínima na inclusão destas nos programas de rastreamento. Argumentam ainda que esta inclusão levaria a um aumento na quantidade de exames realizados e tratamento de inúmeras lesões precursoras, das quais muitas, provavelmente, sofrerão processo de regressão, além de causar ansiedade excessiva entre as mulheres afetadas e pouco efeito sobre a morbidade por câncer de colo do útero.

Após os 25 anos a incidência aumenta até atingir um pico aos 35-40 anos em populações de incidência moderada ou cerca de 10 anos mais tarde, em populações de alta incidência. Após os 60 anos ou mais, pode ocorrer declínio na incidência. Portanto, em relação às mulheres que aos 65 anos tiverem pelo menos dois resultados de exames citopatológicos negativos nos últimos dez anos em um programa de rastreamento organizado, estas poderão deixar de ser rastreadas (IARC, 1986; 2004).

Com esta afirmação pode-se dizer que existe uma necessidade urgente de se normatizar o sistema de controle e acompanhamento dos exames de Papanicolaou, para não incorrerem em gastos excessivos em mulheres em idades que não seriam acometidas pela patologia e deixarmos de dar a atenção aos grupos mais suscetíveis.

Também fica claro que não basta ter tecnologias de última geração se o sistema como um todo não evoluir também, deixando o fazer pelo simples aumento de números e produção e começar a qualificar esta produção, direcionando suas energias nos grupos e ações mais específicas, procurando trabalhar o dado com um olhar epidemiológico acentuado.

Nesta pesquisa perceberam-se algumas limitações no cálculo da cobertura, pois os dados disponíveis não permitiram examinar somente as mulheres do grupo de risco conforme determinação do Ministério da Saúde. Além disso, não foi possível garantir que cada exame coletado fosse de uma mulher ainda não examinada ou de uma mulher que estava repetindo o exame.

Essas limitações vão ao encontro da Portaria nº. 2.394 de 19 de dezembro de 2003 do Ministério da Saúde, que traz o fato do numerador abranger somente o universo de exames de mulheres (desse grupo etário) atendidas em unidades vinculadas ao SUS, enquanto o denominador inclui, também, o conjunto de mulheres beneficiárias de seguros privados de saúde. Acrescenta-se ainda que esse indicador não reflete adequadamente o direcionamento dessa política de saúde à população-alvo pois não identifica a realização de vários procedimentos em uma mesma mulher.

7 CONCLUSÃO:

Pode-se concluir que das 20 Unidades da Supervisão Técnica de Saúde Penha, apenas 9 (45%) estavam aplicando os Protocolos determinados pelo Ministério da Saúde. Quanto ao tempo de duração entre a coleta e a definição do prognóstico, constatou-se que existe uma uniformidade entre todos os tipos de resultados em todas as Unidades pesquisadas.

Comprovou-se também que 11 unidades não têm anotações de controle sobre estes resultados alterados, mostrando que existe uma falta de entendimento da importância das anotações, tanto epidemiologicamente quanto legalmente.

Os autores sugerem uma readequação dos livros a fim de permitir um controle uniforme em todas as Unidades, bem como a realização do exame na faixa etária e frequência preconizada e o uso adequado da ferramenta Siga para registros dos dados.

Recomenda-se que todas as UBS estabeleçam, dentro de suas prioridades, um programa que incentive o exame citopatológico, facilitando o acesso às mulheres e organizando seus registros com dados que serão relevantes para futuros estudos, intensificando a entrega dos resultados, que deverão ser liberados no menor tempo possível.

8 REFERÊNCIAS

Amorim VMSL, Chester MBAB, César LG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2329-2338, nov, 2006.

Área temática da saúde da mulher - Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest - SMS – Projeto nascer bem: gravidez saudável, parto seguro. São Paulo, 2002.

Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde, 1984. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília: Centro de Documentação.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto de Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2003. 92 p. Il Bibliografia ISBN 85-7318-085-4.

Brasil. Portaria 1.101 de junho de 2002. Parâmetros de Cobertura Assistencial Ambulatorial de Anatomia e Citopatologia.

Brasil. Programa nacional de prevenção e controle do câncer do colo do útero - Viva Mulher. Belo Horizonte: INCA; 2008.

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. xx p: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 13).

Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. Cad. Saúde Pública, vol.17 n.4, Rio de Janeiro, July/Aug. 2001.

Caetano, R. et al. Custo-efetividade no rastreamento do câncer cérvico-uterino a partir do desenvolvimento de um modelo de Markov para a história natural da doença no Brasil: relatório final de pesquisa. Projeto CNPq 400807/2005-0. Rio de Janeiro: CNPq, 2008.

Campbell D, 1995. Cervical screening: What is the point? Lancet, 346:246-247.

Canido RE, Carvalho, GM, Merighi MAB, Martins AA. Avaliação do programa de prevenção do câncer do colo uterino. Rev Enf UFPE On Line, 2007; 1(1):54-62.

Carvalho NS, Collaço LM. O tocoginecologista, o patologista e o exame de Papanicolaou. Rev Bras Ginecol Obstet, 2007; 29(8):383-6.

Cleidiane Maria Sales de Brito Rev Bras Enferm, Brasília 2007 jul-ago; 60(4): 387-90.
Contribuições para o Seguimento de mulheres submetidas ao rastreamento para Câncer do Colo do Útero: texto preliminar para discussão Ministério da Saúde. 2006.

Correa DAD, Villela WV. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife, 8 (4): 491-497, out. / dez., 2008.

Costa JSD, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT *et al.* Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):191-197, jan-fev, 2003.

Domingos ACP, Murata IMH, Pelloso SM, Schirmer J, Carvalho MDB. Câncer do colo do

útero: comportamento preventivo. Cienc. Cuid.Saúde, 2007, 6 (Suplem. 2):397-403.

Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. Esc Anna Nery Rev Enferm, 2009, abr-jun; 13 (2): 378-84.

Freitas RAP. Exames preventivos em excesso na rede pública de saúde. UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas.

Freitas SLF, Arantes SL, Barros SMO. Atuação da enfermeira obstetra na comunidade Anhanguera, Campo Grande (MS), na prevenção do câncer cérvico-uterino. Rev Latinoam Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 57-64, abril 1998.

Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. Rev Latino-am Enfermagem 2006 julho-agosto; 14(4):503-9.

Grupo Gestor de Oncologia- Noções Básicas, 2009

Guarisi R, Hardy E, Derchain SFM, Fonsechi-Carvasan GA, Borges JBR. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras e do Câncer Invasor de Colo Uterino no Município de Franco da Rocha, SP. Revista Brasileira de Cancerologia 2004; 50(1): 7-15.

Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, Tenorio. F, Britton RC *et al.* Carcinoma del cuello uterino. Bol Of Sanit Panam. 109 (1), 1990.

IARC - International Agency for Research on Cancer. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. Working group on evaluation of cervical cancer, 2005

Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2010

Macgregor JE, Moss SM, Parkin DM, Day N. A case-control study of cervical cancer screening in north east Scotland. British Medical Journal, v 290-25, may 1985.

Marques JA, Rabelo MMS, Dias JCS, Wolff AAS. Melhoria da qualidade dos exames de detecção precoce e prevenção de câncer de colo uterino (Papanicolaou) no estado de São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo.

Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(8): 485-92.

Ministério da Saúde, 1997. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, 2002. Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal. CD-ROM. Brasília: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde.

Ministério da Saúde, 2002. Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. 2ª Fase de Intensificação - Relatório Preliminar. Brasília: Instituto Nacional do Câncer.

Ministério da Saúde. Prevenção do câncer do colo do útero. Manual Técnico. Profissionais de Saúde. Brasília, 2002.

Ministério da Saúde. São Paulo. Câncer de colo de útero. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/dicas/45cancer_colo.html

Muller DK, Costa JSD, Hecker, AML, Olinto MTA. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Nascimento CMR, Neto JE, Rego RA. Cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo e características das mulheres que realizaram o teste. Bol Sanit Panam 1996; 121: 491-501.

NCI 2000a. Physician Statement: Cervical cancer – Updated 11/2000.

Neto AA. Epidemiological aspects of cervical cancer. Saúde Publica S. Paulo, 25: 326-333, 1991.

Nicolau, S. M. Existe câncer do colo do útero sem HPV? Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 225-243, 2003.

Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís do Maranhão. Rev Bras Epidemiol. 2006, 9 (3): 325-334.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Suíça, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/cervical_cancer_gep/text_es.pdf>.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico, v. 22, n. 4. Diciembre 2001. Disponível em: http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm

Periodicidade de Realização do Exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero – Normas e recomendações do INCA. 2009

Pinho AA, França Júnior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. Cad. Saúde Pública 2003; 19(S2): S303-S13.

Pinho MCV. Avaliação do programa de controle do câncer do colo do útero, 2005.

Prevenção do Câncer do Colo do Útero - Organizando a Assistência. MS 2008.

Prevenção do Câncer do Colo do Útero Manual Técnico - Profissionais de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2002.

Protocolo de detecção precoce e prevenção ao câncer de colo do útero. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2007.

Ribeiro, et al. Prevenção do câncer de colo uterino em uma área do Programa de Saúde da Família em Ribeirão Preto. Revista Atenção Primária à Saúde, v. 7 n. 2. Jul./dez., 2004.

Saldanha RO, Vargas VRA. Caracterização dos exames de Papanicolaou no Serviço de Saúde Pública do município de Santa Rosa, Rio Grande do Sul. Rev Bras Farm, 89(4): 342-346, 2008.

Santiago SM, Andrade MGG. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da Região Sudeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):571-578, mar-abr, 2003.

Santos DFA, Paes MAN. Melhorias no sistema municipal de saúde em Campos dos Goytacazes/RJ na detecção do câncer do colo do útero. 2009.

Sawaya GF et al. Current approaches to cervical-cancer screening. N Engl J Med 2001; 344(21):1603-07.

Screening programmes. British Medical Journal, v. 293, n. 13, p. 659-64, Sep., 1986.

Souza LM, Fioravante E. Fatores associados à realização do exame preventivo Papanicolaou pelas mulheres do estado de Minas Gerais em 2003.

Telles MAF, Alencar LCE, Prazeres MLD, Araújo EX. Conhecimento de mulheres em idade fértil sobre importância do Papanicolaou. Rev Enferm UFPE On Line. 2008, 2(1): 103-11.

Uterus cancer: influence of the suitability of the cervical sample on the result citopatológico test. Nair Pereira Dean Ramos¹; Joaquina de Araújo Amorim² & Carlos Eduardo de Queiroz Lima³ 2008

Vidal, Maria Luiza Bernardo Efeitos adversos subsequentes ao tratamento radioterápico para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual / Instituto Nacional de Câncer, 2008.

Vigilância, São Paulo. Registros de Câncer no Brasil. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_br3.pdf

Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV *et al.* Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. Journal of Pathology, 1999, 189:12-19.

World Health Organization. Cancer Control. Knowledge into action. Who guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf

World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

Zeferino LC, Costa AM, Morelli MGLD, Tambascia J, Panetta K, Pinotti JA. 1999. Programa de detecção do câncer do colo uterino de Campinas e região: 1968-1996. Revista Brasileira de Cancerologia, 45:25-33.

Zeferino LC. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, n. 30, v. 5, p. 213-15, 2008.

9 ANEXO



Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 08 de Outubro de 2009.

PARECER Nº 412/09 – CEP/SMS

CAAE: 0140.0.162.000-09

Para
José Luiz Vieira Franco
Sr (a) Pesquisadora

IDENTIFICAÇÃO

- Projeto de Pesquisa: SEGUIMENTO DE RESULTADOS ALTERADOS DE EXAMES DE PAPANICOLAU NAS UNIDADES DE SAÚDE DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE PENHA DA COORDENADORIA DE SAÚDE SUDESTE DA CIDADE DE SÃO PAULO
- Pesquisador Responsável: JOSÉ LUIZ VIEIRA FRANCO
- Instituição: FOP/UNICAMP-FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA/UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
- Local onde os dados serão coletados: UNIDADES DE SAÚDE DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE PENHA DA COORDENADORIA DE SAÚDE SUDESTE DA CIDADE DE SÃO PAULO

I - Sumário Geral do Protocolo

Objetivos

Geral - Verificar se as condições de prevenção do câncer de colo de útero estão efetivamente implementadas visando a diminuição da mortalidade de mulheres por esta patologia.

Específicos

1. Avaliar a proporção de mulheres com resultados alterados na Região da Supervisão Técnica de Saúde Penha que estão tendo o acompanhamento preconizado pelo Ministério da Saúde e a proporção de Unidades com fluxos de acompanhamento corretos,
2. Determinar o tempo de chegada do resultado e a sua efetiva conclusão clínica.

Trata-se de um estudo retrospectivo de todos os exames com resultados alterados de Papanicolaou que ocorreram em 2008 em 20 Unidades da Supervisão Técnica de Saúde Penha, Coordenadoria de Saúde Sudeste da Cidade de São Paulo, composta por 20 Unidades de Saúde distribuídas numa área de 41,4Km com 475.000 habitantes, sendo 221.000 mulheres e 254.000 homens, sendo ainda, 185.000 mulheres com idade entre 15 e 69 anos, principal faixa para controle de câncer de colo de útero.

Este trabalho pretende colaborar com política de controle do câncer de colo de útero. Como a evolução da doença pode ser rápida, o estudo visa conhecer a agilidade do serviço na resolução dos casos. Será avaliado o tempo decorrido entre a chegada do resultado do exame e a consulta com ginecologista, o encaminhamento para um serviço de colposcopia (quando necessário) e a obtenção de uma vaga hospitalar, também quando necessário. O autor salienta que muitas pacientes chegam a desistir do tratamento por terem que esperar muito tempo e informa que a partir de maio deste ano foi criado um Ambulatório Especializado da Mulher como estratégia para tornar mais rápido o atendimento a esta demanda. As informações necessárias ao estudo serão coletadas nos prontuários da paciente que tiveram resultados positivos e, caso estas informações não sejam suficientes para a avaliação do tempo decorrido entre a chegada do exame e a efetiva conclusão do caso, as pacientes serão contatadas e entrevistadas.

CAAE: 0140.0.162.000-09

Tempos pesquisados:

1. *Chegada do resultado do exame de Papanicolau até a 1ª consulta da paciente com o Ginecologista.*
2. *Tempo entre a consulta com ginecologista e consulta de colposcopia.*
3. *Se necessário, a paciente é encaminhada para Referências Hospitalares. Para isso é necessário aguardar que a Regulação consiga vagas ocasionando mais tempo de espera (uma das causas da desistência do tratamento).*

Serão analisados todos os casos de pacientes com resultados positivos (denominação utilizada para os resultados de exames positivos para Ca).

Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva (média e desvio padrão do tempo) e tabelas de distribuição de frequências absolutas e relativas.

II – Considerações

A folha de rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador está de acordo com a proposta da pesquisa. O orçamento detalhado está adequado. O cronograma da pesquisa está adequado. Há tratamento adequado dos dados/informações e pertinência e valor científico no estudo proposto.

A metodologia é adequada aos objetivos. Apresenta mínimas condições de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa que estão devidamente supridas no corpo do projeto.

Há grupos mais vulneráveis envolvidos e os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

Apresenta autorização do responsável pela guarda dos prontuários nas 20 Unidades, para acesso e manipulação de dados.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

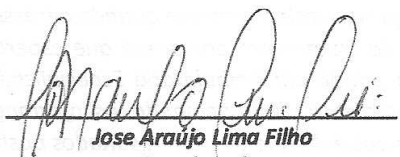
Redigido em forma de convite à participação no estudo. A linguagem utilizada é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos desta pesquisa. Há descrição dos procedimentos de entrevista. Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação. Responde ao Res. 196/96 Cap. IV.

III – Parecer do CEP: APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da Unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.



Jose Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



DECLARAÇÃO

O Coordenador da Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba declara que **JOSÉ LUIZ VIEIRA FRANCO**, aluno regularmente matriculado sob registro acadêmico nº 087503, defendeu sua Dissertação de **Mestrado Profissionalizante em ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA**, no dia 07 de Julho de 2011, perante a Comissão Julgadora composta pelos Professores Doutores: GLAUCIA MARIA BOVI AMBROSANO, VINICIUS DE LIMA VAZQUEZ e KARINE LAURA CORTELLAZZI, tendo sido considerado **APROVADO**. Para que o respectivo título possa ser concedido, com as prerrogativas legais dele advindas, é necessário que ocorra a homologação do exemplar definitivo da respectiva **Dissertação** pelas instâncias competentes da UNICAMP. Piracicaba, 07 de Julho de 2011.

Profa. Dra. Renata C. M. Rodrigues Garcia
Coord. dos Cursos de Pós-Graduação
FOP/UNICAMP - Matr. 24558-5



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 07 de Julho de 2011, considerou o candidato JOSÉ LUIZ VIEIRA FRANCO aprovado.

Handwritten signature of Profa. Dra. GLAÚCIA MARIA BOVI AMBROSANO in blue ink.

Profa. Dra. GLAÚCIA MARIA BOVI AMBROSANO

Handwritten signature of Prof. Dr. VINICIUS DE LIMA VAZQUEZ in blue ink.

Prof. Dr. VINICIUS DE LIMA VAZQUEZ

Handwritten signature of Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI in blue ink.

Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI